

UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI - VPRAŠALNIK**Spoštovani!****Prosimo vas, da jasno izpolnite spodnji vprašalnik in s podpisom potrdite svoje odgovore.**

Z.š.	Vprašanje	Odgovor	Odgovor
1	Ali ste alergični na mifepriston ali prostaglandine?	da	ne
2	Ali ste alergični na katerokoli drugo zdravilo?	da	ne
3	Ali imate bolezni nadledvičnice?	da	ne
4	Ali imate hormonsko odvisni tumor?	da	ne
5	Ali imate motnje strjevanja krvi ali trombocitopenijo?	da	ne
6	Ali imate kronično bolezen jeter ali ledvic ?	da	ne
7	Ali imate žilne bolezni?	da	ne
8	Ali imate kronično bolezen črevesja?	da	ne
9	Ali imate astmo ali kronično obstruktivno pljučno bolezen?	da	ne
10	Ali imate kronično bolezen srca?	da	ne
11	Ali imate zožitev mitralne zaklopke?	da	ne
12	Ali imate glavkom?	da	ne
13	Ali imate zvišan pritisk?	da	ne
14	Ali ste nagnjeni k nizkemu pritisku?	da	ne
15	Ali ste slabokrvni (Hb < 100)?	da	ne
16	Ali imate srpastocelično anemijo ?	da	ne
17	Ali kadite (več kot 10 cigaret na dan) ?	da	ne
18	Ali dojite?	da	ne
19	Ali imate IUD?	da	ne
20	Ali imate miom v maternici ?	da	ne
21	Ali ste imeli operacijo materničnega vratu (konizacijo)?	da	ne
22	Ali ste imeli operacijo maternice (carski rez, miomektomijo, ...) ?	da	ne
23	Ali ste mnogorodnica (več kot 5 nosečnosti) ?	da	ne
24	Ali jemljete kakršnakoli zdravila ?	da	ne
25	Ali imate katerokoli drugo bolezen?	da	ne

S podpisom potrjujem resničnost odgovorov.**Ime in priimek pacientke:** _____**Podpis pacientke:** _____**Datum in ura:** _____

Ginekološko-porodniški oddelek
Kataloška oznaka: GPGa-01/2
December 2017, verzija 1

